ISBN 1188–4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Vol . 24-1

Date de publication : 1er janvier 1998

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 6)*

		Pagination officielle :
HOSPITALISATIONS POUR LES ATTEINTES INFLAMMATOIRES PELVIENNES AU CANADA, 1983/84-1993/94	F-1	1-5
INFECTIONS GÉNITALES À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* — ÉTATS-UNIS, 1995	F-4	5-8

Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.

HOSPITALISATIONS POUR LES ATTEINTES INFLAMMATOIRES PELVIENNES AU CANADA, 1983/84-1993/94

Introduction

L'expression « atteinte inflammatoire pelvienne » (AIP) désigne « un ensemble d'états inflammatoires intéressant l'endomètre, les trompes de Fallope, le péritoine pelvien ou les autres structures avoisinantes »[1]. L'inflammation est causée par une infection des voies génitales, qui, à partir du vagin et de l'endocol, gagne les voies génitales supérieures. Environ 75 % à 85 % des AIP sont causées par le *Neisseria gonorrhoeae* et le *Chlamydia trachomatis*[1-3]. On estime qu'entre 25 % et 50 % des cas d'AIP sont des infections gonococciques, et entre 30 % et 60 %, des infections à *Chlamydia*.

L'AIP peut avoir des répercussions graves et à long terme, qu'elle soit symptomatique ou asymptomatique (infection « silencieuse »). Le processus inflammatoire entraîne une cicatrisation des trompes de Fallope, qui peut être à l'origine d'une stérilité tubaire, de grossesses ectopiques et de douleurs pelviennes chroniques. Il y a tout lieu de croire que les cas asymptomatiques d'AIP ne sont pas diagnostiqués et, par conséquent, ne sont pas non plus traités avant la découverte d'une ou de plusieurs séquelles; on estime que les cas d'AIP seraient de trois à cinq fois plus nombreux que ne le laisse croire le nombre de cas diagnostiqués en clinique[4]. Après une première AIP, environ 15 % des femmes deviennent stériles; ce taux double après une deuxième infection[5].

Les coûts annuels directs et indirects au Canada pourraient atteindre 13 millions de dollars dans le cas des AIP gonococciques, et 21,1 millions de dollars dans le cas des AIP dues à *Chlamydia*[6]. Ces évaluations de l'ampleur du problème reposent strictement sur les cas hospitalisés; on ne dispose d'aucune estimation fiable des cas traités en ambulatoire.

L'expression clinique de l'AIP va de l'absence complète de symptômes aux symptômes graves. Parmi les symptômes peuvent figurer des douleurs abdominales basses, une urétrite ou une inflammation du péritoine viscéral de la vessie, une dysurie et une pollakiurie, un exsudat cervical purulent et de la fièvre. Le diagnostic de l'AIP est un défi clinique de taille pour la plupart des médecins; moins de 16 % des femmes ayant une AIP présentent un tableau clinique conforme à la définition de cas qui figure dans les manuels[7]. Dans une étude, la valeur prédictive positive du diagnostic clinique de l'AIP s'établissait à 0,65 — soit un résultat légèrement supérieur à celui obtenu par le simple effet du hasard[8]. En outre, l'AIP est souvent confondue avec d'autres syndromes, aussi y a-t-il risque de « sur-diagnostic » (diagnostic faussement positif venant gonfler le nombre de cas réels). Il est fréquent que les résultats de laboratoire donnent lieu à des rapports faussement négatifs ou faussement positifs. L'examen visuel direct des voies génitales supérieures nécessite le recours à une intervention chirurgicale effractive (la laparoscopie); il n'est pas recommandé à des fins diagnostiques. Même si l'on a recours à la laparoscopie, la sensibilité de cette méthode laisse à désirer — dans une étude effectuée à Burlington (Ontario), le taux de sensibilité obtenu au moyen de cette intervention était de 50 % — et n'est pas supérieur au résultat obtenu par le simple effet du hasard[9].

L'AIP n'est pas une maladie à déclaration obligatoire au Canada. Les données relatives aux départs des hôpitaux constituent la source la plus fiable d'informations sur l'incidence de cette affection. Statistique Canada a publié des données sur la morbidité hospitalière, qui indiquent le nombre d'hospitalisations selon la province et le groupe d'âge pour les années financières (du 31 mars au 1er avril de l'année suivante) de 1983/84 à 1993/94. On a utilisé le code 137 de la liste canadienne abrégée des diagnostics, qui correspond au code 614 de la CIM-9, et est ainsi libellé : « affections inflammatoires de l'ovaire, de la trompe de Fallope et du péritoine pelvien »[10]. Le nombre d'hospitalisations pour une AIP est fondé sur le nombre de départs des hôpitaux; la base de données peut donc faire état de plus d'une admission pour un patient au cours d'une même année. Les taux d'incidence ont été calculés pour une population de 100 000 femmes, selon certains

2007-02742/

groupes d'âge, à partir des données sur la population de Statistique Canada (tableau 1).

Résultats

Entre 1983/84 et 1993/94, 2,3 % des Canadiennes en âge de procréer (âgées de 15 à 44 ans) ont souffert d'une AIP suffisamment grave pour justifier une hospitalisation. Au cours de cette période de 11 ans, le nombre total d'hospitalisations a diminué de 8 950 (51,1 %). Le taux d'hospitalisation s'échelonnait entre 386,0 pour 100 000 habitants en 1983/84 et 141,7 pour 100 000 habitants en 1993/94, soit une baisse de 64 % (figure 1). C'est dans le groupe d'âge des 20 à 24 ans que le taux moyen a été le plus élevé au cours de cette période : 179,8 hospitalisations pour 100 000 habitants. Le groupe d'âge des 25 à 34 ans venait au second rang, avec des taux s'établissant entre 323,1 pour 100 000 habitants en 1983/84 et 147,9 pour 100 000 habitants en 1993/94 (diminution de 54 %). Chez les sujets âgés de 15 à 19 ans, on a observé une réduction de 59 %.

Analyse

La réduction de l'incidence des hospitalisations pour les AIP marque un virage par rapport aux résultats enregistrés aux cours de la décennie précédente. Les données relatives aux départs des hôpitaux provenant de la même source pour la période 1971-1980 font ressortir une augmentation, au fil du temps, dans tous les groupes d'âge; c'est dans le groupe des 15 à 19 ans que cette augmentation est la plus considérable (51 %), et le groupe des 20 à 24 ans arrive au second rang (35 %)[11].

À partir de la deuxième moitié des années 1980, on a également observé une baisse des hospitalisations pour les AIP en Hollande, en Suède et aux États-Unis; ces réductions variaient selon le groupe d'âge[12-14]. La tendance à la baisse de l'incidence des hospitalisations pour les AIP pourrait, en partie, refléter les réductions concomitantes de l'incidence de la gonorrhée et de la chlamydiose — réductions attribuables à la découverte de l'épidémie de sida au début des années 1980, ainsi qu'à l'adoption de plus en plus fréquente de pratiques sexuelles à risques réduits. Il y a toutefois lieu de faire preuve de circonspection lorsqu'on tente de déterminer la cause de ces réductions.

Selon une étude américaine, la baisse de l'incidence des hospitalisations pour les AIP serait attribuable à la modification des modèles de pratique médicale, qui privilégie les soins ambulatoires plutôt que l'hospitalisation[13]. Cette tendance a été observée pour toutes les affections. On estime qu'entre 10 % et 15 % seulement de tous les cas d'AIP recensés au Canada sont traités en milieu hospitalier[15]. Dans la province du Manitoba, le nombre de consultations externes pour les AIP a chuté de 695 à 463 (33 %), parallèlement à une réduction du nombre d'hospitalisations, de 139 à 71 (48 %), au cours de la période de 10 ans allant de 1981 à 1990. Toutefois, les taux annuels d'hospitalisation, quelle que soit l'affection, y compris pour les maladies infectieuses, sont demeurés relativement stables au cours de la même période[16].

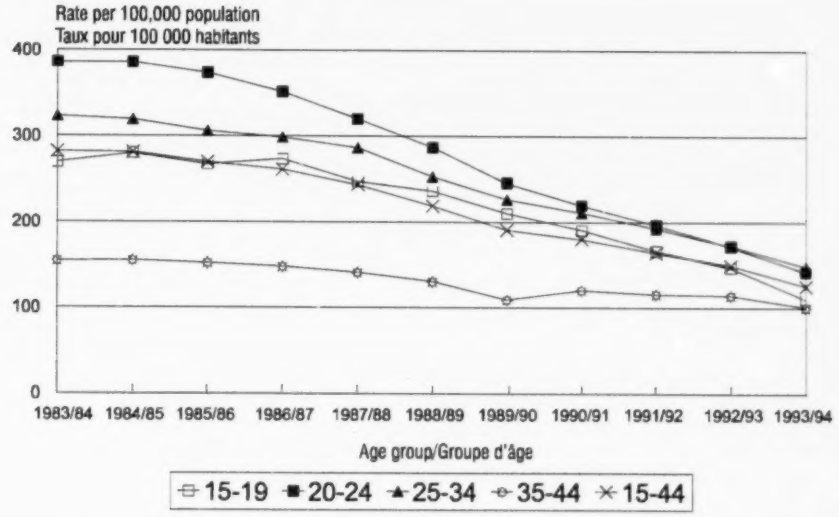
Les résultats de la recherche ont en outre indiqué que l'incidence de l'AIP due à *Chlamydia*, affection moins grave que l'AIP gonococcique, est à la hausse comparativement à l'incidence

Tableau 1
Nombre de cas et taux* de départ des hôpitaux pour les AIP, selon le groupe d'âge, Canada, 1983/84 à 1993/94

Année**	Groupe d'âge (années)									
	15-19		20-24		25-34		35-44		**Total 15-44**	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	**Nombre**	**Taux**
1983/84	2,891	269.6	4,802	386.0	7,269	323.1	2,552	154.7	**17,514**	**281.8**
1984/85	2,868	280.2	4,797	385.9	7,320	319.5	2,664	155.0	**17,649**	**281.2**
1985/86	2,634	267.2	4,607	373.4	7,143	306.0	2,711	151.9	**17,095**	**269.7**
1986/87	2,650	273.1	4,243	351.5	7,101	298.5	2,735	147.8	**16,729**	**261.1**
1987/88	2,368	247.2	3,723	319.7	6,951	286.3	2,710	140.9	**15,752**	**243.3**
1988/89	2,249	236.2	3,197	286.8	6,246	252.7	2,604	130.4	**14,296**	**218.7**
1989/90	1,993	210.0	2,660	245.3	5,721	226.6	2,275	109.2	**13,682**	**190.5**
1990/91	1,803	190.5	2,309	219.3	5,359	210.5	2,609	120.4	**12,090**	**180.0**
1991/92	1,567	166.5	2,046	196.4	4,881	192.7	1,591	116.0	**11,085**	**164.3**
1992/93	1,387	147.0	1,778	171.6	4,343	172.1	2,616	114.5	**10,124**	**149.2**
1993/94	1,046	110.1	1,459	141.7	3,700	147.9	2,359	100.7	**8,564**	**125.5**

* Taux pour 100 000 habitants de sexe féminin.
** Depuis 1980, Statistique Canada publie un relevé intégral de la morbidité hospitalière par année financière.

Figure 1
Hospitalisations pour les AIP, Canada, 1983/84-1993/94



de ce dernier type d'infection. Par conséquent, les cas hospitalisés d'AIP pourraient représenter les cas les plus graves, dus au gonocoque. Il n'est guère facile d'évaluer l'incidence réelle de l'AIP, vu que la chlamydiose est généralement asymptomatique (70 % des cas sont asymptomatiques). Fait plus important encore, si les cas asymptomatiques ne sont pas décelés et, par conséquent, ne sont pas non plus diagnostiqués, le réservoir d'AIP demeure endémique dans la collectivité. Il arrive que les femmes qui présentent une infection subaiguë ou asymptomatique ignorent avoir été infectées par *Chlamydia* tant qu'elles ne décident pas d'avoir un enfant. Elles découvrent alors qu'elles sont atteintes de stérilité tubaire et incapables de concevoir, ou deviennent enceintes mais ont une grossesse ectopique. Essentiellement, même si les taux d'hospitalisation présentent une tendance à la baisse encourageante, les données relatives à l'hospitalisation ne constituent que la « partie émergée de l'iceberg ». L'incidence réelle de l'AIP demeure difficile à déterminer et fait l'objet de diverses interprétations.

La prévention de l'infection des voies génitales due à *Chlamydia* et à *N. gonorrhoeae* demeure la meilleure méthode de prévention des AIP et, en bout de ligne, de ses séquelles à long terme.

Références

1. LLCM. *Mise à jour de 1995 : Lignes directrices canadiennes pour les MTS.* RMTC 1995;21S4:25-33.
2. Weström L. *Incidence, prevalence and trends of acute pelvic inflammatory disease and its consequences in industrialized countries*. Am J Obstet Gynecol 1980;138:880-92.
3. Weström L. *Current views on the concept of pelvic inflammatory disease*. Aust Z J Obstet Gynaecol 1984;24:98-105.
4. Wolner-Hanssen PW, Kiviat NB, Holmes KK. *Atypical pelvic inflammatory disease: subacute, chronic, or subclinical upper genital tract infection in women*. Dans : Holmes KK, Mardh PA, Sparling PF et coll., éds. *Sexually transmitted diseases*. 2e éd. New York : McGraw-Hill, 1990:615-20.
5. Adebayo A. *Pelvic inflammatory disease: an unpublicized public health problem in Alberta*. Can J Public Health 1989;80:447-49.
6. Gully P, Goeree R. *The burden of chlamydial and gonococcal infection in Canada*. Dans : *Prevention of infertility, research studies of the Royal Commission on New Reproductive Technologies*. Vol. 8. Ottawa (Ont.) : Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1993:29-76.
7. Canadian PID Society. *Submission to the Royal Commission on Health Care and Costs from the Canadian PID (Pelvic Inflammatory Disease) Society*. Vancouver, C.-B. : Canadian PID Society, 1990.
8. Jacobson L, Weström L. *Objectivised diagnosis of acute pelvic inflammatory disease, 1969*. Am J Obstet Gynecol 1969;105:1088.
9. Sellors J, Mahony J, Goldsmith C et coll. *The accuracy of clinical findings and laparoscopy in pelvic inflammatory disease*. Am J Obstet Gynecol 1991;164:113-20.
10. Statistique Canada. *La morbidité hospitalière*. Ottawa (Ont.) : Statistiques Canada, 1983-1984 à 1987-1988. N° de cat. 82-206.
11. Jessamine AG, Todd MJ. *Trends in hospitalization for pelvic inflammatory disease, Canada, 1971-1980*. Exposé présenté au Congrès international conjoint sur les MTS, Montréal, 1984. LLCM, Santé Canada.

12. Coutinho RA, Rijsdijk AJ, van den Hoek JAR et coll. *Decreasing incidence of PID in Amsterdam*. Genitourin Med 1992;68:253-55.

13. Rolfs RT, Galaid EI, Zaidi AA. *Pelvic inflammatory disease: trends in hospitalizations and office visits, 1979 through 1988*. Am J Obstet Gynecol 1992;166:983-90.

14. Weström L. *Decrease in incidence of women treated in hospital for acute salpingitis in Sweden*. Genitourin Med 1988;64:59-63.

15. Todd MJ. *Trends in hospitalization for pelvic inflammatory disease in Canada, 1971-1981*. Can Med Assoc J 1986;134:1157-58.

16. Orr P, Sherman E, Blanchard J et coll. *Epidemiology of infection due to **Chlamydia trachomatis** in Manitoba, Canada*. Clin Infect Dis 1994;19:876-83.

Source : *R Kurtz, BA, J Doherty, BA (Hon), MSc, Division de la prévention et du contrôle des MTS, Bureau du VIH/sida et des MTS, LLCM, Ottawa (Ont.).*

INFECTIONS GÉNITALES À *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* — ÉTATS-UNIS, 1995

En 1995, tous les États (sauf l'Alaska) et le district de Columbia ont signalé des cas aux *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) des États-Unis. Seize États (Hawaï, Idaho, Mississippi, Missouri, Nebraska, Nevada, New Hampshire, New Jersey, Oklahoma, Dakota du Sud, Tennessee, Utah, Virginie, Washington, Wisconsin et Wyoming) ont fourni aux CDC des listes linéaires anonymes concernant 70 101 cas d'infection à *Chlamydia* chez les femmes, avec des données sur l'âge pour 68 344 de ces cas. Des activités de dépistage et de surveillance de la prévalence de l'infection à *Chlamydia* ont été mises en oeuvre dans la Région X du *Public Health Service* (PHS) en 1988 dans le cadre d'un projet pilote financé par les CDC. En 1993, des services de dépistage de l'infection à *Chlamydia* chez les femmes ont été implantés dans trois autres Régions du PHS (III, VII et VIII) et, en 1995, dans les autres Régions (I, II, IV, V, VI et IX)*. Dans certaines régions, des services fédéraux de dépistage de l'infection à *Chlamydia* viennent compléter les programmes financés par la localité et l'État. Les données sur les tendances relatives à la positivité des tests (nombre de tests positifs divisé par le nombre de tests adéquats effectués) étaient disponibles pour la Région X (environ 70 000 tests par année) pour la période de 1988 à 1995 et pour la Région III (environ 100 000 tests par année) et la Région VIII (environ 50 000 tests par année) pour la période de 1994 à juin 1996.

En 1995, un nombre total de 477 638 cas d'infections à *Chlamydia* ont été signalés aux CDC, ce qui représente un taux de 182,2 cas pour 100 000 habitants. Les taux par État variaient entre 46,4 et 622,0 pour 100 000 habitants; les taux les plus élevés ont été enregistrés dans les États de l'Ouest et du Midwest**. Le taux global déclaré chez les femmes (290,3) était près de six fois supérieur à celui enregistré chez les hommes (52,1). Parmi les 68 344 femmes pour lesquelles des données sur l'âge étaient disponibles, 2 452 (4 %) étaient âgées de ≤ 14 ans; 31 511 (46 %) étaient âgées de 15 à 19 ans; 22 540 (33 %) étaient âgées de 20 à 24 ans; et 11 841 (17 %) avaient ≥ 25 ans.

En 1995, les taux de positivité selon l'État chez les femmes âgées de 15 à 24 ans qui ont subi le test de dépistage de l'infection à *Chlamydia* dans certaines cliniques de planification familiale variaient entre 2,8 % et 9,4 %. Durant la période de 1988 à 1995, le taux annuel de positivité a chuté de 65 % (soit de 9,3 % à 3,3 %) chez les femmes qui ont participé aux programmes de dépistage des cliniques de planification familiale *Region X Chlamydia Project*. Les taux ont baissé substantiellement dans tous les groupes d'âge, bien qu'ils fussent systématiquement plus élevés chez les adolescentes (figure 1). Les données préliminaires du *Region III Chlamydia Project* indiquent qu'entre janvier 1994 et juin 1996, le taux annuel de positivité chez les femmes âgées de ≤ 19 ans a baissé de 31 % (soit de 7,8 % à 5,4 %). Durant cette période, le taux annuel de positivité enregistré chez les femmes âgées de ≤ 19 ans dans le cadre du *Région VIII Chlamydia Project* a fléchi de 16 % (soit de 5,5 % à 4,6 %).

Note de la rédaction du MMWR

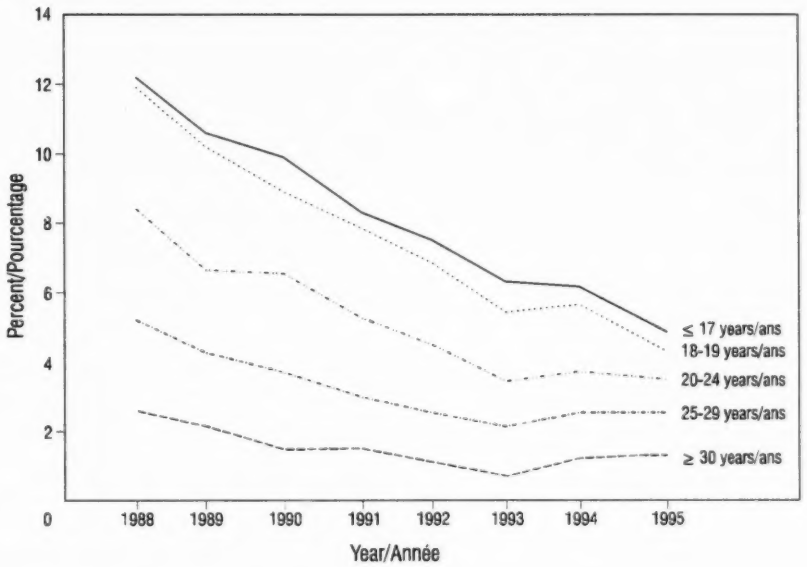
Aux États-Unis, l'infection à *Chlamydia* est la maladie infectieuse le plus souvent signalée aux services de santé des États et aux CDC[1]. Durant la période de 1987 à 1995, le taux annuel déclaré d'infection à *Chlamydia* a augmenté de 281 % (passant de 47,8 à 182,2 cas pour 100 000 habitants), alors que le nombre d'États où cette infection doit obligatoirement être déclarée est passé de 22 à 48. Les conclusions contenues dans ce rapport indiquent que les taux d'infection à *Chlamydia* chez les Américaines sont restés élevés jusqu'en 1995. Les taux déclarés rendent principalement compte des infections à *Chlamydia* décelées au cours du dépistage effectué auprès de femmes asymptomatiques. Le dépistage est un élément essentiel de la surveillance de l'infection à *Chlamydia* étant donné que, même si l'infection peut causer une inflammation aiguë et des lésions des voies génitales, la plupart des femmes infectées n'éprouvent que des symptômes légers ou sont asymptomatiques. Dans les États où le nombre de sujets ayant fait l'objet d'un dépistage et d'un traitement est faible, un grand nombre d'infections à *Chlamydia* peuvent ne pas être décelées ni traitées; par conséquent, les taux d'infection à *Chlamydia* déclarés à l'échelle de l'État peuvent être faibles, même si le taux réel de morbidité est élevé[2].

---

* Région I = Connecticut, Maine, Massachusetts, New Hampshire, Rhode Island et Vermont; Région II = New Jersey, New York, Porto Rico et îles vierges américaines; Région III = Delaware, district de Columbia, Maryland, Pennsylvanie, Virginie et Virginie Occidentale; Région IV = Alabama, Floride, Géorgie, Kentucky, Mississippi, Caroline du Nord, Caroline du Sud et Tennessee; Région V = Illinois, Indiana, Michigan, Minnesota, Ohio, et Wisconsin; Région VI = Arkansas, Louisiana, Nouveau-Mexique, Oklahoma et Texas; Région VII = Iowa, Kansas, Missouri et Nebraska; Région VIII = Colorado, Montana, Dakota du Nord, Dakota du Sud, Utah et Wyoming; Région IX = Arizona, Californie, Hawaii et Nevada; et Region X = Alaska, Idaho, Orégon et Washington.

** Nord-Est = Connecticut, Maine, Massachusetts, New Hampshire, New Jersey, New York, Pennsylvanie, Rhode Island et Vermont; Midwest = Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Michigan, Minnesota, Missouri, Nebraska, Dakota du Nord, Ohio, Dakota du Sud et Wisconsin; Sud = Alabama, Arkansas, Delaware, district de Columbia, Floride, Géorgie, Kentucky, Louisiane, Maryland, Mississippi, Caroline du Nord, Oklahoma, Caroline du Sud, Tennessee, Texas, Virginie et Virginie-Occidentale; et Ouest = Alaska, Arizona, Californie, Colorado, Hawaii, Idaho, Montana, Nevada, Nouveau-Mexique, Orégon, Utah, Washington et Wyoming.

Figure 1
Taux de positivité† du test de détection de *Chlamydia* chez les femmes ayant subi le test dans des centres de planification familiale††, selon le groupe d'âge et l'année – *Region X Chlamydia Project*†††, 1988-1995



† Nombre de tests positifs divisé par le nombre de tests adéquats qui ont été pratiqués.

†† Les femmes qui satisfaisaient aux critères de sélection ont subi le test.

††† Alaska, Idaho, Orégon, et Washington.

Le faible taux d'infection à *Chlamydia* déclaré chez les hommes est le reflet de la faible participation aux tests de dépistage dans ce groupe; la plupart des hommes souffrant d'une urétrite à *Chlamydia* sont traités pour une infection présumée, sans subir d'épreuves microbiologiques de confirmation, souvent par suite d'un diagnostic d'urétrite non gonococcique établi par la méthode de Gram. Le recours accru au dépistage de l'infection à *Chlamydia* chez les hommes faciliterait la notification aux partenaires, l'évaluation, le traitement et la déclaration de l'infection. De plus, environ la moitié des hommes atteints d'une infection à *Chlamydia* peuvent être asymptomatiques, et le dépistage de l'infection est peu courant chez les hommes, y compris chez ceux qui sont à risque élevé.

Bien que les données sur les maladies à déclaration obligatoire soient un indicateur important de la morbidité, les taux de positivité chez les femmes qui subissent un test de dépistage des chlamydioses dans des cliniques de planification familiale donnent une idée plus juste du fardeau que représente cette infection dans cette population. D'après une analyse des données portant sur la clientèle de cliniques soumise à un dépistage universel, la comparaison des taux de positivité (qui peuvent tenir compte de plus d'un test pour certaines patientes) avec les taux de prévalence (qui ne sont basés que sur un seul test par patiente) indiquent que les taux de positivité sont souvent inférieurs aux taux de prévalence, mais généralement de ≤ 10 % (p. ex., un taux de positivité de 10 % peut correspondre à un taux de prévalence de 11 %) (CDC, données inédites, 1996). Les taux de positivité peuvent se révéler un indicateur utile lorsque les données sur la prévalence ne sont pas disponibles. La baisse des taux de positivité mise en évidence dans le cadre des projets régionaux de dépistage de l'infection à *Chlamydia* confirme que le dépistage et le traitement contribuent à réduire la prévalence de l'infection chez les femmes.

Tant les études de cas que les données sur la positivité provenant des cliniques de planification familiale soulignent le fardeau élevé que représente encore l'infection à *Chlamydia* chez les adolescentes et les jeunes femmes adultes. Les données fournies aux CDC par le ministère du Travail des États-Unis font également état de taux élevés de prévalence de l'infection chez les jeunes femmes : en 1995, les taux de prévalence à l'infection selon l'État chez les jeunes femmes de 16 à 24 ans admises dans les *United States Job Corps* (une population démunie sur le plan économique) variaient entre 4,2 % et 17,1 %[3].

Références

1. CDC. *Ten leading nationally notifiable infectious diseases — United States, 1995*. MMWR 1996;45:883-84.